UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 94

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DE

L'AMYGDALECTOMIE A CHAUD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 13 février 1937

PAR

Léon LAGRANGE

Né à SAINT-MARTIAL-D'ARTENSET (Dordogne), le 22 avril 1911

Examinateurs de la Thèse

MM. PORTMANN, professeur..... *Président.*

JEANNENEY, professeur ..... } *Juges.*

DESPONS, agrégé ..... }

DERVILLÉE, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 94

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DE

L'AMYGDALECTOMIE A CHAUD

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 13 février 1937

PAR

Léon LAGRANGE

Né à SAINT-MARTIAL-D'ARTENSET (Dordogne), le 22 avril 1911

Examinateurs de la Thèse

MM. PORTMANN, professeur..... *Président.*

JEANNENEY, professeur ..... } *Juges.*

DESPONS, agrégé ..... } *Juges.*

DERVILLÉE, agrégé..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	VITTE
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Médecine opératoire	PAPIN.	Médecine légale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

A MON PERE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A Monsieur le Docteur BERGER

Laryngologiste des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous aider dans la rédaction de notre thèse. Qu'il trouve ici l'expression de nos respectueux remerciements.

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur agrégé J. DESPONS

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux,
Médaille militaire,
Croix de guerre.

En témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour ses bons conseils et ses savantes leçons.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. PORTMANN

Sénateur de la Gironde,
Professeur de Clinique d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin principal de la Marine (C. R.),
Membre correspondant de l'Académie royale de Bruxelles,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne).

Qui nous a toujours témoigné le plus bienveillant intérêt, lorsque, attiré par sa parole claire et son remarquable enseignement, nous nous sommes intéressé à la laryngologie.

Qu'il trouve ici un hommage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

DE

L'AMYGDALECTOMIE A CHAUD

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la question de l'amygdalectomie à chaud a paru susciter un intérêt nouveau. De nombreuses publications, tant en France qu'à l'étranger, ont traité de cette importante question.

Cependant, toutes ces discussions, en réalité sans conclusions précises, n'ont apporté aucune clarté dans l'esprit des praticiens.

Sur les conseils de notre Maître, le Professeur Portmann, il nous a semblé utile de faire le point et de rechercher quelles sont « les indications opératoires de l'amygdalectomie à chaud », dans quelle mesure cette intervention est susceptible de provoquer des complications graves, enfin les résultats qu'on est en droit d'en attendre.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

En 1859, dans un ouvrage fondamental : *Traité de la suppuration et du drainage chirurgical*, E. Chassaignac écrivait :

« La suppuration des amygdales est une conséquence assez commune de leur inflammation. L'amygdalite est-elle légère, c'est par la résolution qu'elle se termine. Est-elle très violente, des abcès se forment presque toujours.

» *Nous n'hésitons pas, dans le cas de suppuration tonsillaire, comme d'ailleurs dans tous les cas d'amygdalite aiguë, à enlever la glande malade avec l'instrument de Fahnenstoch, modifié par nous, et d'après les principes de notre procédé opératoire.*

» Seulement, il arrive quelquefois que l'amygdale, au lieu de s'améliorer et d'être extraite en une seule masse, se morcelle sous la pression de l'instrument et arrive au dehors sous forme de lambeaux.

» *Non seulement nous n'avons jamais vu survenir aucun accident à la suite de l'opération dans ces circonstances, mais la disparition de tous les symptômes aigus et une cicatrisation rapide de l'amygdale excisée dans cet état en ont été la conséquence.*

» La seule objection sérieuse à l'ablation des amygdales suppurées serait le resserrement plus ou moins considérable des mâchoires qui accompagne cette affection. Mais cette difficulté ne nous arrête plus depuis que nous employons notre dilatateur annulaire, qui nous a permis, dans tous les cas, de faire ouvrir la bouche à un degré suffisant pour pratiquer l'ablation des amygdales dans l'état aigu. »

Chassaignac n'hésitait pas, mais l'enseignement de ce précurseur audacieux ne fut pas suivi. Vingt ans plus tard, écoutons Trousseau :

« L'angine phlegmoneuse est une de ces maladies qui font la gloire et le désespoir de toutes les médications; leur désespoir, parce que la médecine ne prévaut jamais contre elles, en ce sens que nous sommes impuissants pour les enrayer dans leur marche, pour en abréger la durée; leur gloire, parce qu'elles guérissent d'elles-mêmes, quoi que nous fassions, et qu'on est tenté de rapporter à la médication tout l'honneur de la cure... »

Ecoutons encore la parole de Verneuil :

« J'ai été moi-même atteint jadis d'un grand nombre d'amygdalites; cinq ou six se sont terminées par des abcès, et j'ai reçu plusieurs coups de bistouri dans la région. Ces ponctions ne m'ont jamais produit aucun soulagement. En effet, pour arriver au foyer même de l'abcès, il faudrait traverser tout le pilier antérieur, qui est toujours le siège d'un œdème considérable. L'incision ne va donc pas le plus souvent jusqu'à la collection purulente. Elle n'évacue absolument rien. »

Et cependant, dans la même leçon, Verneuil créait le terme de « phlegmon périamygdalien », terme devenu classique, et l'appuyait par des arguments d'importance :

« Le phlegmon siège dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'amygdale. L'amygdale n'adhère que d'une façon très lâche, très peu intime, à la loge qui la renferme; en effet, à chaque mouvement de déglutition, l'amygdale est mise en mouvement et se balance, très mobile dans le fond de la cavité buccale.

» Sous l'influence de ces déplacements continuels de la masse glandulaire, le tissu conjonctif qui la retient du côté externe devient aussi plus lâche, il se forme une sorte de bourse séreuse virtuelle entre l'amygdale et la paroi de la loge comprise entre les deux piliers du voile du palais. *C'est précisément dans ce tissu cellulaire que se produit l'inflammation : c'est là qu'apparaît le phlegmon.* »

Ces trois citations restent fondamentales. Elles soulignent la hardiesse de Chassaignac, le doute médical de Trousseau, le penser anatomo-pathologique de Verneuil; surtout, elles contiennent, toutefois, les principes substantiels de la question des phlegmons périamygdaliens (Terracol).

Les années s'écoulèrent. La laryngologie prit son essor, et, confinée dans un domaine plus restreint, fouilla méticuleusement les détails.

Tous les auteurs, dans une confrontation générale, surtout après la lecture profitable des textes anciens, réalisaient un accord parfait : *savoir délaisser les questions doctrinales pour l'action pratique.*

Cette action se décomposait en deux temps :

a) la découverte, l'ouverture du phlegmon;

b) la prophylaxie des récidives.

Le premier acte était et reste immédiat; le second acte était tardif, mais il a pu paraître à certains auteurs que cette temporisation était inopportune, et, dans cet ordre d'idées, *l'évolution thérapeutique est particulièrement curieuse.*

Chassaignac était tombé dans l'oubli; bien plus, son initiative hardie avait suscité la critique. L'enseignement classique est unanime.

« Eviter d'opérer au cours d'une amygdalite aiguë ou même sur son déclin. Exiger un délai d'un mois environ entre la résolution de l'amygdalite et l'amygdalectomie. » (Escat.)

« Pour obvier aux récidives, l'indication de choix est l'amygdalectomie, c'est-à-dire l'éradication complète de l'amygdale de sa loge, pratiquée à froid, au moins un mois après. » (Collet.)

« Ne pas intervenir avant que la poussée inflammatoire ait tout à fait disparu : attendre, par conséquent, plusieurs semaines, sous peine de s'exposer à des complications d'infection locale ou générale parfois très graves. » (Moure, Liébault, Canuyt.)

« Ne pas opérer pendant, ou au déclin d'une affection de la gorge. » (Jacques et Molinié.)

« Les risques d'accidents postopératoires sont d'autant plus grands que l'intervention a lieu à une période plus rapprochée d'une inflammation aiguë ou subaiguë. Il faut attendre en moyenne trois ou quatre semaines après l'épisode aigu pour opérer. » (Worms et Le Mée.)

« Une amygdalite, même subaiguë, est la contre-indication peut-être la plus absolue. Jamais on ne doit intervenir sur une amygdale que « à froid », loin de toute période aiguë et même subaiguë. Presque toutes les hémorragies mortelles ou graves sont dues à ce que cette loi opératoire n'a pas été observée. » (G. Laurens.)

« *Les poussées aiguës commandent l'expectative, sauf dans quelques cas exceptionnels d'infection amygdalienne très virulente avec septicémie. Pour les cas habituels, attendre un mois après la dernière poussée inflammatoire aiguë avant d'intervenir.* » (Portmann.)

Ainsi, la règle est absolument formelle : *Toute intervention amygdalienne doit être pratiquée loin de toute période inflammatoire.*

Et cependant, à partir de 1909, dans les revues étrangères, l'enseignement de Chassaignac revivait. La tonsillectomie totale « à chaud » devait être de pratique courante pour toutes les inflammations de la glande (Higginbotham, Henning, Theisin, Haller, Holtinger, Erdeyli, Menzel, Barnes, Basavilbaso, Taptas, Linek, et tant d'autres). En France, l'amygdalectomie immédiate dans les phlegmons périamygdaliens fut recommandée seulement en 1931 par Canuyt; et, la même année, il signait les conclusions de la thèse de Grognot : *L'amygdalectomie totale à chaud paraît être le traitement logique des phlegmons de la loge amygdalienne.* Nous n'avons eu ni incident, ni accident. Cette amygdalectomie totale à chaud est réalisable sans témérité.

Enfin, en 1933, en même temps que Leroux, Halphen, dans

une communication à la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, écrivait :

« En conclusion, la preuve est faite pour nous de l'innocuité de l'amygdalectomie à chaud pour les phlegmons périamygdaliens et de ses grands avantages, qui sont : l'ouverture complète de toute poche purulente, et, *ipso facto*, son drainage absolu; la guérison est plus rapide avec le minimum de souffrances. »

Ainsi, l'amygdalectomie à chaud serait exempte de tous risques.

On comprend alors difficilement pourquoi ces mêmes auteurs, si favorables à la méthode, ont cru nécessaire de revenir sur leur opinion, malgré la constance des excellents résultats qu'ils ont publiés.

En effet, Canuyt, dans un article paru dans la *Presse médicale* (1934), écrit :

« Tout d'abord, nous tenons à préciser que nous n'avons jamais préconisé l'amygdalectomie à chaud comme traitement des suppurations périamygdaliennes. Nous avons exécuté un grand nombre d'ablations totales à chaud, mais nous avons fait des réserves dans toutes nos communications sur cet acte chirurgical. Aujourd'hui, après plusieurs années de recherches et de réflexions, nous venons proposer un traitement chirurgical des phlegmons de la loge amygdalienne, qui comprend deux interventions successives :

» 1° l'ouverture large de la loge amygdalienne;

» 2° l'amygdalectomie totale ou l'ablation de l'amygdale coupable.

» L'amygdalectomie totale est pratiquée quelques jours après cette ouverture. A ce moment, la température est redevenue normale, l'œdème a disparu, les tissus infiltrés ont retrouvé leur mobilité, la loge est largement ouverte, les parois de la cavité sont nettes, propres et lisses, et la plus grande partie de l'amygdale est détachée. *Nous proposons de donner à cette intervention le nom d'amygdalectomie totale « à tiède ».*

De plus, au cours de la discussion qui suivit la communication d'Halphen à la Société de laryngologie des hôpitaux de Paris, Bloch et Bourgeois avaient émis quelques doutes.

« Je me demande si l'amygdalectomie à chaud n'est pas une arme à deux tranchants. Quand il y a un phlegmon bien collecté, le cas est simple, on enlève l'amygdale, aucun ennui; mais s'il n'y a pas de phlegmon, quel sera le résultat ? » (Bloch.)

« Moi aussi, je crois que l'amygdalectomie à chaud constitue une arme à deux tranchants. Comme vous tous certainement, j'ai eu, à la suite d'une amygdalectomie, des petits accidents de septicémie plus ou moins ennuyeux. Il faut être sage. Si on a affaire à une infection d'une extrême gravité, il sera très courageux — je dis véritablement très courageux, parce que si le résultat est fatal, vous en serez considéré comme l'auteur responsable — de tenter l'ablation du foyer initial. Mais quand vous aurez affaire à une affection qui, par elle-même, n'est pas très dangereuse, une infection amygdalienne suppurée ou non, qui ne doit pas causer d'accidents graves, je trouve que vous offrez gratuitement un risque inutile en enlevant l'amygdale à ce moment-là. » (Bourgeois.)

CHAPITRE II

CONTRE-INDICATIONS DE L'AMYGDALECTOMIE A CHAUD

L'amygdalectomie totale à chaud en période aiguë est une intervention dangereuse pouvant entraîner des complications :

1° d'ordre local;

2° d'ordre général.

I. — *Complications locales.*

Ce sont :

a) *Les hémorragies :*

artérielles;

veineuses;

capillaires;

ou, dans le temps, des hémorragies postopératoires (précoces ou tardives).

En période d'inflammation, les phénomènes phlogistiques importants, l'activité sanguine multipliée, l'afflux microbien, sont autant de facteurs hémorragipares, et l'existence d'une membrane pyogène n'empêche point les hémorragies immédiates du sac.

b) *Complications pulmonaires : Abcès du poumon.* — L'anesthésie locale étant insuffisante en tissu enflammé, l'anesthésie générale devient nécessaire. Elle expose alors aux complications broncho-pulmonaires les plus graves. (Tous les laryngologistes sont d'accord pour condamner l'anesthésie générale, à cause du danger de chute dans les

bronches de pus qui contient du streptocoque.) Mais on ne peut conclure que l'anesthésie locale soit la prophylaxie infaillible de cette complication, puisque Harry Barnes, de Boston, a pu recueillir 39 cas d'abcès du poumon consécutifs à des interventions sous anesthésie locale, dont 5 développés au cours des premières vingt-quatre heures postopératoires, et qu'il attribua à une infection sanguine.

L'abcès du poumon paraît relever de deux mécanismes différents :

α. Par aspiration du sang et de sécrétions septiques en cours d'opération. C'est la pathogénie la plus vraisemblable et la plus fréquente, et dont on peut dire que l'anesthésie générale est tout entière responsable. L'abcès est alors rapide et suit immédiatement l'intervention.

β. Par embolies microbiennes détachées de la loge amygdalienne et fixées au niveau du parenchyme pulmonaire sous forme d'un infarctus. (Les uns croient qu'ils sont dus à des embolies circulatoires septiques.)

Les partisans de cette théorie s'appuient surtout sur l'impossibilité de déterminer des abcès du poumon chez le chien en employant la voie intrabronchique.

Cependant, la théorie de l'aspiration paraît cliniquement plus vraisemblable; d'autre part, les abcès expérimentaux d'origine embolique sont d'ordinaire solitaires, contrairement à ce qu'on constate en général aux autopsies pulmonaires.

Aschner a décrit deux types de suppurations pulmonaires (chez l'homme) après amygdalectomie : *abcès extrabronchique et la pneumonie suppurée.*

Le développement des abcès pulmonaires se traduit d'abord par la présence d'un foyer de pneumonie décelable à la radiographie (et ceci pendant les toutes premières périodes qui suivent l'ablation des amygdales).

Gerlings (*Revue de laryngologie*, 1934), est d'avis que la pneumonie n'est pas diagnostiquée dans tous les cas; celle-ci n'étant pas observée parce que les élévations de température

ne sont pas assez appréciées. Seulement, une recherche minutieuse à l'aide des rayons X peut montrer une pneumonie. (Ceci fut démontré à la Clinique d'Amsterdam. Après 2.000 cas d'amygdalectomie, 6 fois une pneumonie fut trouvée. Un cas seulement fut opéré sous anesthésie générale).

Comme l'auteur, *nous pensons que les circonstances bactériologiques jouent un grand rôle, et nous conseillons d'opérer au moins quatre à six semaines après une angine.*

En outre, les observations relatives aux abcès pulmonaires rapportées par Chevalier Jackson dans les Congrès d'oto-rhino-laryngologie nous sont, du reste, bien connues.

Hasada a observé, après l'opération d'un abcès péri-amygdalien, de la fièvre intermittente, un érysipèle, une otomastoïdite.

Soderberg, ayant opéré 50 cas d'abcès péri-amygdaliens, a vu deux complications graves, un abcès du poumon et une broncho-pneumonie (qui ont guéri).

Canuyt et Horning, sur 27 cas d'abcès périamygdaliens opérés par amygdalectomie totale à chaud, ont eu 2 accidents septiques.

Dans le service de notre Maître, le Professeur Portmann, où l'on pratique l'amygdalectomie à froid et sous anesthésie locale, nous n'avons jamais eu à déplorer des accidents de ce genre.

c) *Complications locales rares, mais possibles.* — On peut assister à l'éclosion d'une collection purulente latéro-pharyngée, qu'il faut ouvrir par voie externe.

Des cellulites cervicales graves, avec induration lardacée, persistant pendant plusieurs semaines, ont été signalées.

Lapouge a observé le cas d'un abcès rétropharyngien suivant de quelques jours une énucléation totale. Il s'agissait d'un enfant de 2 ans 1/2. L'évolution en fut, d'ailleurs, tout à fait banale, et un coup de bistouri suffit à rétablir la situation.

Des sous-maxillites à forme congestive et même suppurée peuvent venir compliquer une ablation totale de l'amygdale.

II. — *Complications générales.*

Ce sont :

a) la septicémie;

b) les complications rhumatismales.

Le streptocoque est l'agent microbien essentiel de ces collections suppurées : une opération de grand style a tôt fait de le diffuser dans l'organisme.

a) *Septicémie.* — Henri Hoplik, de New-York, découvrait, en 1912, trois sortes de complications septicémiques consécutives à des interventions amygdaliennes.

1° Le malade présente, deux à trois jours après l'opération, une hyperthermie de 39 à 40, persistant environ une semaine et ne s'accompagnant d'aucun autre phénomène morbide. Il s'agit là d'une fausse hyperthermie simple.

2° Le malade présente, pendant plusieurs semaines, une température oscillante, accompagnée de troubles cardiaques ou articulaires, avec guérison certaine.

3° Le malade présente une septicémie pure, avec modification de la formule hématologique, grandes oscillations thermiques ou température élevée, en plateau, frissons, sudations, hémorragies sous-cutanées, et quelquefois bronchopneumonie, endocardites, ou myocardites. Le décès est la règle.

R. Bourgeois et M. Benchet rapportent le cas de 3 malades ayant subi l'amygdalectomie à chaud pour phlegmon de l'amygdale.

Ces trois malades, opérés en ville par des spécialistes différents, furent tous les trois hospitalisés à la suite de phénomènes d'infection prolongée.

Ces trois observations ont plusieurs points communs :

1° l'amygdalectomie a été pratiquée quelques jours après le début de la maladie;

2° la persistance et l'aggravation des phénomènes généraux après cette intervention;

3° l'état général grave des malades.

Hybasek rapporte l'observation d'un malade âgé de 37 ans, souffrant d'amygdalites à répétition. Trois semaines après la dernière amygdalite, on pratique l'amygdalectomie.

Au bout de quatre jours, élévation thermique et, dans les jours suivants, adéno-phlegmon parapharyngé du côté droit. Par plusieurs incisions, on a évacué une grande partie du pus et du tissu nécrotique.

Malgré ces interventions, une septicémie évolua : premier frisson le neuvième jour après l'amygdalectomie. Ligature de la jugulaire. Guérison.

b) *Complications rhumatismales.* — L'amygdalectomie totale à chaud déclenche parfois, chez des sujets à passé rhumatismal, des crises de rhumatismes articulaires aigus, qui suivent l'intervention de quelques heures à quelques jours.

Ces crises sont, d'ailleurs, la signature de l'étiologie amygdalienne de l'infection, les manœuvres chirurgicales ayant lancé dans la circulation des produits septiques amygdaliens.

Conclusions.

Si l'on tient compte du fait que les complications que nous venons de citer sont relevées dans le travail d'auteurs favorables à la méthode, il paraît justifié de conclure que l'amygdalectomie totale à chaud, en période d'inflammation aiguë, est une opération non exempte de risques.

Cependant, nous ne rejetterons pas cette opération, qui pour nous a des indications précises.

CHAPITRE III

INDICATIONS DE L'AMYGDALECTOMIE A CHAUD

Afin d'éviter toute erreur d'interprétation, il nous paraît indispensable de définir ce que nous appelons amygdalectomie à chaud.

L'amygdalectomie à chaud est l'ablation de l'amygdale au moment même des accidents aigus (Halphen, Le Roux).

D'autres auteurs ont préconisé la même intervention après un certain laps de temps, permettant déjà un début de défervescence; c'est ce qu'ils ont appelé l'amygdalectomie à tiède (Canuyt), ou « immédiate retardée », de Terracol.

L'amygdalectomie totale à froid est l'ablation de l'amygdale en dehors de tout phénomène aigu, et après trois ou quatre semaines d'apyrexie.

Ce qui les différencie, ce n'est pas la technique, mais les conditions de réalisation.

Les indications de l'amygdalectomie à chaud sont de deux ordres :

1° *abcès périamygdaliens externes;*
2° *septicémie d'origine amygdalienne.*

I. — *Abcès périamygdalien externe.*

Les auteurs qui préconisent l'amygdalectomie à chaud, à tiède ou à froid, dans les cas de phlegmons de l'amygdale, n'ont pas cru devoir préciser quelle variété d'abcès périamygdalien relevait de cette thérapeutique chirurgicale. (Certains ont parlé d'abcès difficiles à drainer.)

Devant cette imprécision et ces lignes de conduite différentes, il nous a semblé utile d'apporter quelques précisions :

a) en rappelant la classification si claire et si conforme à la clinique des abcès périamygdaliens du Professeur Moure et leur traitement;

b) en posant comme indication opératoire :

L'abcès périamygdalien externe.

Les travaux de Viela ont permis de démontrer qu'il existe une lame de tissu cellulaire, véritable plan de clivage, entre la capsule amygdalienne et la paroi musculaire de la loge. C'est ce plan de clivage qu'on recherche dans l'amygdalectomie à chaud ou à froid, quelle que soit la technique employée.

Le phlegmon se développe aux dépens du tissu cellulaire qui enveloppe l'amygdale, tissu abondamment répandu, surtout au niveau du pôle supérieur, dans la fossette susamygdalienne, entre la glande et les piliers, entre la capsule et la paroi pharyngée, entre le pôle inférieur et la base de la langue. Parfois, par suite d'une déficience de l'étoffe aponévrotique, ce tissu cellulaire entre en communication avec le tissu cellulaire de l'espace préstylien. L'inflammation se propage; la collection est à la fois pharyngée et cervicale. Le phlegmon périamygdalien est devenu cervical.

De toute façon, c'est une cellulite suppurée.

*
* *

Le Professeur Moure avait laissé de côté les anciennes descriptions des abcès amygdaliens pour les classer en :

1° abcès périamygdaliens antéro-supérieurs;
2° abcès périamygdaliens postéro-supérieurs;
3° abcès périamygdaliens inférieurs;
4° abcès périamygdaliens externes.

1° L'abcès périamygdalien antéro-supérieur. — De beaucoup le plus fréquent, il *siège* dans le tissu cellulaire situé à

la partie postérieure du pilier antérieur, *au-dessus de la glande amygdalienne*.

Symptômes objectifs. — Le premier symptôme objectif est une *rougeur* assez vive *occupant la partie supérieure du pilier antérieur*, qui est déjà tuméfié au point de *repousser l'amygdale en arrière*. L'abcès bombe à travers le bord supérieur et interne du pilier antérieur, s'offrant en quelque sorte à l'instrument tranchant, tant il semble vouloir se faire jour à travers l'extérieur.

2° L'abcès périamygdalien postéro-supérieur. — Il se caractérise cliniquement :

Au point de vue objectif, par de la *rougeur* occupant nettement *le pilier postérieur, qui prend une forme « arrondie »*, boudinée, lisse à sa surface, refoulant *au-devant* de lui la glande amygdalienne. Le pilier antérieur est absolument sain.

3° L'abcès périamygdalien inférieur (Localisation beaucoup plus exceptionnelle). — Il est caractérisé par la prédominance des *signes subjectifs et fonctionnels* sur les signes objectifs. Les troubles de la déglutition sont ici très précoces, avec odynphagie intense; tout mouvement de la langue est extrêmement sensible. (Le malade n'éprouve parfois qu'une sensation de gêne ou de corps étranegr.)

On note un peu d'*œdème dans le sillon glosso-amygdalien*, avec douleur exquise à la pression.

4° L'abcès périamygdalien externe. — C'est un abcès très spécial, qu'il ne faut pas confondre avec l'abcès de l'espace maxillo-pharyngien. Ces deux abcès sont séparés par la paroi du pharynx.

Mêmes signes subjectifs et fonctionnels que dans les formes précédentes.

Signes objectifs : L'amygdale est projetée en dedans, c'est un abcès rare.

La marche de ces différents abcès est généralement la même pour toutes les formes, sauf pour les collections de la paroi externe.

Le pus est très rapidement collecté.

Traitement.

Il est préférable de recourir très hâtivement à l'intervention chirurgicale pour les trois premières formes.

Après avoir anesthésié la région, on plonge la lame du galvanocautère *de dedans en dehors*, dans le cas d'abcès antéro-supérieur. On traverse le voile dans toute son épaisseur.

En arrière de la glande, dans l'épaisseur même du pilier, *d'avant en arrière et obliquement* vers la région externe s'il s'agit de l'abcès postéro-supérieur. On complète l'intervention à l'aide de la pince de Lubet-Barbon, que l'on introduit dans la fossette susamygdalienne.

Enfin, si la *collection s'est formée à la partie inférieure*, le galvanocautère est plongé entre la base de l'amygdale et la langue, toujours *de dedans en dehors*, à travers le pilier antérieur, que l'on perfore de part en part.

Le Professeur Moure préfère au bistouri ou à la discission le galvanocautère, porté au rouge sombre. La région est anesthésiée dans la limite du possible avec le liquide anesthésique de Bonain. L'incision ainsi pratiquée est *peu douloureuse et aseptique;* en outre, elle rend l'écoulement sanguin insignifiant, et, à travers le passage ainsi créé, le pus trouve une issue facile et *persistante*.

Pour certains auteurs, ces procédés ont pu paraître insuffisants. En 1929, A.-H. Millet (d'Avignon), et deux ans plus tard, Canuyt (de Strasbourg), pour éviter le reproche d'une ouverture trop haute et d'un drainage mal assuré, ont appliqué aux phlegmons périamygdaliens la règle chirurgicale classique de l'ouverture des phlegmons du cou, c'est-à-dire la création d'une voie d'accès large par section au bistouri, et la recherche de la collection à l'aide d'un instrument mousse.

Cette méthode est plus théorique que pratique.

Du reste, en 1934, Canuyt modifie de nouveau sa technique pour l'ouverture de la loge amygdalienne. Et, après avoir condamné la transfixion du voile, l'auteur écrit dans la *Presse médicale :*

« Il y a plus d'un an, nous faisions une incision au niveau du pilier antérieur, et nous traversions ce dernier.

» Or, ce pilier est tuméfié chez les malades atteints de phlegmon périamygdalien; nous pensons qu'il y a intérêt à tourner cette difficulté. Actuellement, nous commençons par supprimer l'obstacle constitué par le pilier antérieur, ce qui facilite l'acte opératoire et surtout le drainage.

» Premier temps : *Transfixion du voile* au niveau de l'hiatus vélo-tonsillaire, avec une faulx de Ruault, selon la technique classique de Mouret. »

Dans le même article, l'auteur parle d'amygdalectomie subtotale à la demande des lésions.

Il ne convient pas de compliquer, dans tous les cas, la technique pour une affection banale, qui reste et restera, quoi qu'on dise, dans le domaine du médecin non spécialisé.

Nous ajouterons que, dans le service du Professeur Portmann, où nous employons le galvanocautère d'une façon systématique, nous n'avons jamais eu à déplorer des accidents de rétention.

Si l'abcès périamygdalien est externe, l'intervention est moins facile, et c'est dans ce cas bien déterminé que *nous préconisons l'amygdalectomie à chaud.*

L'amygdale est enlevée avec sa capsule, nous supprimons ainsi le couvercle qui obstrue la poche de pus, la collection est mise à plat, et le pus est vidé sans qu'aucune intervention ultérieure, ni le lendemain, ni quelques jours plus tard, n'ait à compléter le geste opératoire.

Nous pratiquons cette intervention sous anesthésie locale, suivant le procédé de notre Maître le Professeur Portmann. (*Voir Traité de technique opératoire d'oto-rhino-laryngologie*, Masson et Cie, éd. 1932.)

Les indications et la technique de l'amygdalectomie totale seront reprises dans un article du Docteur Nogueira (assistant du service). Cet article paraîtra prochainement dans la *Revue d'oto-rhino-laryngologie.*

L'amygdalectomie est également indiquée dans les cas

d'abcès périamygdaliens, dont les adhérences rendent tout drainage insuffisant par simple ouverture, quelle que soit leur localisation.

Enfin, on peut se trouver dans la nécessité d'opérer à tiède lorsque le malade fait des abcès périamygdaliens à répétition très rapprochés les uns des autres.

*
* *

II. — *Septicémie d'origine amygdalienne.*

Un deuxième point nous paraît devoir, en effet, retenir notre attention : *L'opportunité de l'amygdalectomie à chaud en présence d'accidents infectieux menaçants.*

Les variations des deux facteurs en présence : virulence du microbe, résistance du terrain, déterminent le caractère local, bénin ou au contraire général, malin, et infectant, de l'amygdalite.

L'angine est presque toujours une affection qui, de ses débuts à sa terminaison, reste locale; mais, dans certains cas, l'infection dépasse les limites du pharynx, et donne naissance à des accidents extrêmement variés dans leur nature, leur siège et leur gravité, dont la liste est tellement longue qu'elle représente à elle seule un bonne partie de la pathologie infectieuse.

Les amygdalites peuvent engendrer une infection générale, tantôt légère et fugitive, tantôt grave et mortelle; entre ces deux termes extrêmes s'échelonnent toute une série de manifestations viscérales diverses, qui témoignent de la diffusion lointaine des agents figurés ou toxiques, issus des foyers tonsillaires.

Il s'agit là de septicémies d'origine amygdalienne, amygdalites infectieuses ou anormales des anciens auteurs.

Nous rappellerons ici les formes principales, aujourd'hui classiques, distinguées par le Professeur Sébileau en 1900, au Congrès international de médecine :

1° Septicémie aiguë sans localisation;

2° Septicémie phlébitique ou phlébo-phlegmoneuse de la face;

3° Septicémie lymphatique ou lympho-phlegmoneuse du cou.

En d'autres termes, il s'agit de complications aiguës ou subaiguës.

Subaiguës. — Ce sont plutôt des septico-toxémies partant d'une infection en foyer et amenant des lésions à distance, soit des douleurs rhumatoïdes du type rhumatisme pseudo-infectieux, soit des lésions rénales, néphrite hématurique ou albuminurique persistante.

Aiguës. — Il s'agit alors de véritables thromboses des veines amygdaliennes pouvant se propager à la jugulaire interne et même au tissu caverneux (Laurens).

***

La septicémie postangineuse a fait, à l'étranger surtout, l'objet de nombreux travaux. Tous les auteurs qui se sont occupés de cette affection sont d'accord pour considérer que l'énucléation de l'amygdale fait partie des moyens thérapeutiques qui doivent être envisagés.

C'est : pour les uns, l'acte principal supprimant la source virulente; pour les autres, un acte accessoire complétant l'intervention cervicale, qui est considérée comme capitale.

Dutheillet de Lamothe s'est demandé, il y a déjà de nombreuses années, si, dans certains cas de septicémie à point de départ amygdalien, il n'y aurait pas intérêt à faire une amygdalectomie à chaud, et à supprimer le foyer d'où est partie l'infection.

C'est la doctrine qui a toujours été soutenue par notre Maître le Professeur Portmann.

Interventionniste dans les cas de septicémies auriculaires, où il pratique systématiquement la ligature de la jugulaire et l'ouverture du sinus latéral, avec exclusion de la surface

de résorption toxique, il l'est aussi dans les cas de septicémie amygdalienne.

La gravité de ces infections est telle qu'une thérapeutique immédiate, portant sur le point de départ de l'infection, s'impose et permet au traitement général anti-infectieux d'agir avec plus d'efficacité.

Le principe de l'intervention est inattaquable; il s'agit de supprimer le foyer d'émission, de couper court au processus embolique et à l'infection progressive.

Telle est l'opinion de notre Professeur de clinique, que viennent confirmer 4 observations publiées par le Docteur G. Basavilbaso (de Buenos-Ayres), le 30 novembre 1929 (*Revue de laryngologie*).

Il s'agit, en effet, de plusieurs malades, chez lesquels le premier symptôme qui attire l'attention est l'*intense difficulté respiratoire*.

A cette *anxiété respiratoire* s'ajoutent :

— des *symptômes généraux* plus ou moins graves, produits par l'infection;

— des *symptômes locaux*, qui consistent en une dysphagie intense, rendant impossible la déglutition des liquides et des solides.

L'amygdalectomie à chaud, pratiquée dans des conditions aussi défavorables, entraîne cependant une *guérison immédiate*.

Nous nous permettons de rappeler ici les trois premières observations, qui nous paraissent très démonstratives.

Observation I.

P... (M.), 15 ans, entre dans le service du Docteur Basavilbaso le 12 février 1929, pour des douleurs auriculaires. Le 13 février 1929, elle est opérée de mastoïdectomie. Evolution sans incidents jusqu'au 24 février, où il y a une notable élévation de température.

On pratique un examen général, et on trouve dans la gorge de la malade la cause de l'élévation thermique. Les amygdales, déjà

hypertrophiques, sont le siège d'une inflammation intense. Elles sont cyanotiques, rouges, œdémateuses, avec de légers exsudats dans les orifices des cryptes.

Deux jours après, cet état était beaucoup plus grave; il avait visiblement empiré, car les amygdales avaient leurs cryptes pleines de pus, et leur volume s'était accru de telle façon qu'elles se touchaient l'une contre l'autre, se poussaient, et, ne trouvant plus de place vers la ligne médiane, descendaient vers la partie inférieure du pharynx.

Il est facile de se rendre compte de l'état grave d'asphyxie que cela provoquait, uni à l'intoxication générale.

Il se présentait ici une indication urgente : faciliter l'entrée de l'air, en pratiquant une trachéotomie ou en extirpant les amygdales. La deuxième intervention paraissant plus satisfaisante, on extirpe le foyer septique, qui est cause que la fillette soit si gravement malade.

Opération (1er mars) sous anesthésie locale.

L'opération n'est pas trop douloureuse, et la malade la tolère parfaitement. Après l'intervention, la malade se tranquillise, respire profondément, et le soulagement est immédiat.

Les suites opératoires ne purent être plus encourageantes; le soir, la fièvre tombe de 40 à 37°5, et, la nuit, un sommeil réconfortant, après trois longues nuits de veille, fut le début de la période de convalescence.

Observation II.

G... (A.), 41 ans, Argentin. Angines dès l'enfance presque tous les hivers. On lui a fait une cautérisation des cornets pour hypertrophie; au quatrième jour de cette cautérisation, il commence à noter une douleur de gorge, fièvre, maux de tête, malaises, qui allèrent en augmentant jusqu'au 28, date à laquelle il se présente au service de l'Hôpital Rawson, avec une grande difficulté respiratoire.

On l'examine, et on voit les deux amygdales très enflammées et œdémateuses, se touchant l'une contre l'autre. On n'observe au-

cune déformation habituelle aux phlegmons périamygdaliens. Il n'y a pas d'œdème de la luette ni des piliers antérieurs; la surface des amygdales est rosée, lisse sans exsudats. On ne remarque pas de fluctuation en palpant la région enflammée.

En abaissant la langue, on parvient à voir l'épiglotte œdémateuse. C'est entre le pôle inférieur des amygdales et la base de la langue que la respiration se fait avec grande difficulté.

Langue pâteuse, couverte de fuliginosités. Température, 38 degrés. Pouls régulier, tendu. La partie externe du cou, au niveau de la région de l'angle du maxillaire, est douloureuse; elle donne l'impression qu'il y aurait du pus collecté; la respiration, anxieuse, oblige le malade à se servir des muscles auxiliaires de la respiration. Dysphagie absolue. Mauvais état général. On tâche de voir le larynx. C'est impossible. On se résout à faire l'extirpation des amygdales.

Opération (28 avril) sous anesthésie locale. Au cours de l'intervention, on constate l'existence d'un abcès intra-amygdalien des deux côtés, ce qui explique le manque de déformation caractéristique des phlegmons périamygdaliens.

Le 29, température à 37 degrés. Bon état général. Excellente respiration. Enorme œdème de la luette. Les loges amygdaliennes ont le même aspect qu'après une opération normale.

Observation III.

Enfant de 2 ans, mauvais état général; fils unique; mère de 29 ans, père de 35 ans.

Il n'a jamais eu de maladie éruptive, il a toujours éprouvé une insuffisance respiratoire nasale.

Le 10 mai, il tombe malade par un refroidissement, et la température augmente la difficulté respiratoire. Il est examiné le 13. Etat de l'enfant asphyxique, teinte livide en dormant, cyanotique, qui diminue quand il est réveillé; quand il pleure, on remarque que l'émission de la voix a son timbre normal. Pouls rapide, peu tendu, régulier, 110 pulsations. Lèvres sèches, violacées.

En cherchant la cause d'un si grand cornage, on procède à l'exa-

men du petit malade, notant les faits suivants : fosses nasales très congestionnées et pleines de pus liquide vert jaunâtre, qui sort facilement des orifices nasaux. Langue sèche, saburrale. Amygdales énormément hypertrophiées et enflammées, rouges, turgescentes, avec orifices des cryptes entrouverts, se touchant sur la ligne médiane et le pôle inférieur descendant dans le pharynx. Le passage de l'air se fait par l'espace compris entre l'extrémité inférieure des deux amygdales et la base de la langue.

Par les fosses nasales, il ne circule pas une seule bulle d'air. On ne voit pas d'exsudats sur les amygdales, ni de fausses membranes, ni de pus. On ne peut pas voir la paroi postérieure du pharynx, les piliers antérieurs sont très légèrement œdématiés.

L'examen clinique de l'enfant ne révèle rien en particulier ni au thorax ni au ventre. L'examen radiologique du thorax est également négatif.

Malgré une température de 36°6, pouls à 120, on décide d'intervenir immédiatement, à cause de la respiration excessivement difficultueuse de l'enfant.

Opération. — On opère sans anesthésie, avec l'amygdalotome de Sluder; on extirpe totalement les deux amygdales; il ne sort presque pas de sang. A l'aide de la curette, on extirpe une grande quantité de tissu adénoïdien enflammé qui remplissait totalement le cavum.

Une demi-heure après l'opération, l'enfant a changé totalement d'aspect. Les mouvements respiratoires sont rythmiques et profonds. La teinte cyanotique a disparu, et l'état de gravité qui conduisit à opérer se transforme également.

*
* *

Les *lésions anatomo-pathologiques* observées sont des processus aigus inflammatoires sur des amygdales se rejoignant sur la ligne médiane ou très hypertrophiées.

Dans les *préparations histologiques*, on a observé que la plus grande partie du tissu présentait des altérations profondes, se traduisant par un processus inflammatoire aigu. En des zones déterminées, on a constaté une forte infiltration

leucocytaire, avec prédominance de polynucléaires. Ces zones contrastaient avec des zones de nécrobiose très étendues, et où on observait, au sein de la masse du tissu nécrosé, quelques leucocytes polynucléaires et des globules rouges. Les vaisseaux présentaient, en général, une lumière rétrécie et des parois infiltrées par des leucocytes.

Dans ce même article, Basavilbaso insiste sur la différenciation des collections périamygdaliennes communes, car la simple évacuation du pus améliore l'état général. Par contre, les collections intra-amygdaliennes, avec leurs symptômes propres, ne bénéficient pas autant de la simple incision. Parfois, leur profondeur dans le parenchyme amygdalien ne permet point de bien les apprécier. Dans ces cas, où avec n'importe quel autre traitement on n'aurait pas obtenu un résultat plus encourageant, l'amygdalectomie apporte un grand bénéfice.

Les auteurs suivants partagent également l'opinion de notre Maître; c'est ainsi que :

Klotz, dans une contribution au traitement de la septicémie à la suite d'angine, rapporte le cas d'une malade qui a présenté de vagues phénomènes de périamygdalite à la suite desquels se déclara une septicémie.

Une amygdalectomie totale à chaud guérit la malade.

Pour Karl Mathe, Konigsberg et Hambourg, qui ont observé de graves phénomènes généraux (phlegmon, thrombo-phlébite, septicémie), à la suite d'une angine, l'amygdale en question *devrait toujours être extirpée d'une façon radicale.*

L'expérience montre que, dans de nombreux cas de ce genre, il s'agit d'abcès cliniquement méconnus.

L'énucléation doit être faite sous anesthésie locale. L'auteur recommande l'anesthésie régionale.

La même méthode est recommandée également pour l'extirpation de l'amygdale, dans le cas d'un abcès péritonsillaire.

Trente cas opérés de cette façon ont guéri sans aucune complication.

J. Herale et L. Toleduale. — Afin de se faire une opinion sur l'influence de l'amygdalectomie, ces auteurs ont examiné comparativement des malades atteints d'affections rhumatismales, endocardites, septicémie d'origine buccale et sciatique, ayant subi l'amygdalectomie, et ceux traités dans le même espace de temps médicalement pour les mêmes affections.

Il y a dans le premier groupe en tout 56 p. 100 de guérison ou d'amélioration, contre 10 p. 100 de non-améliorations et d'aggravations.

Dans le deuxième groupe, les chiffres sont respectivement de 37 et 26 p. 100.

On note : guérison plus rapide de la maladie interne et absence de récidive chez les malades opérés.

J. Hybasek. — Le matériel clinique et expérimental a servi à l'auteur pour arriver aux déductions suivantes :

1° *Déductions pathogéniques.* — Dans 10 p. 100 des cas environ, la septicémie a pour cause un abcès périamygdalien, ou plus rarement une amygdalite.

Dans 90 p. 100 des cas, elle est due à une suppuration latéro-pharyngée (cette dernière, créée par propagation directe d'un abcès périamygdalien en voie de propagation lymphatique, est constituée par un adénophlegmon).

2° *Déductions thérapeutiques.* — L'auteur conseille l'amygdalectomie dans 10 p. 100 des cas, uniquement où la septicémie est provoquée par un phlegmon périamygdalien ou une amygdalite.

D'autre part, dans les suppurations péripharyngées, il conseille les opérations cervicales sur les grandes veines (ligature, résection).

Taptas, dans un article paru dans la *Presse médicale* de 1931, basé sur l'observation de plusieurs malades (4 observations), a spécialement étudié la pyohémie postangineuse et la conduite à tenir vis-à-vis d'elle.

Propagation de l'infection amygdalienne par voie lymphatique pour aboutir à une thrombo-phlébite ou à un phlegmon profond du cou, qui s'est accompli d'une façon insidieuse.

Opération. — Mise à découvert de la gaine des gros vaisseaux du cou, spécialement de la veine jugulaire, si la veine n'est pas thrombosée, on se contentera de la résection des ganglions tuméfiés et d'une large exérèse des couches profondes du cou, sans toutefois toucher à la veine. Dans les cas plus avancés, où la veine présente des symptômes de thrombose, même pariétale, il faut absolument disséquer la veine au-delà des parties altérées, et réséquer celles-ci entre les deux ligatures. La plaie sera pansée à plat, sans la moindre suture; compléter l'opération par une amygdalectomie.

CONCLUSIONS

Nous rejetons l'amygdalectomie totale à chaud, sauf dans quelques cas exceptionnels :

1° les *septicémies d'origine amygdalienne;*

2° les *abcès périamygdaliens externes*, qu'on ne peut drainer par aucun autre procédé;

3° les *abcès à répétition*, très rapprochés les uns des autres;

4° les *abcès* dont *le drainage* par simple ouverture devient *insuffisant.*

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
G. PORTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 30 janvier 1937.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Allende (Carlos). — La extirpacion total de las amigdalas en algunos procesos agudos de las mismas. Soc. de cir. de Buenos-Aires, session del 13 de nov. de 1929.

Aubry. — Indications de l'amygdalectomie à chaud. *La Presse médicale*, 6 nov. 1935.

Baldenweck. — A propos de l'amygdalectomie à chaud. Communic. de la Soc. franç. d'O.-R.-L. de Paris, oct. 1933, in *Ann. d'oto-laryngol.*, n° 7, juill. 1934, p. 747.

— Au sujet de l'amygdalectomie totale à chaud. XLVI[e] Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol., Paris, 15-18 août 1933, *La Presse médicale*, n° 93, 22 nov. 1933.

Basavilbaso (J.) et Games (F.). — Flemon benoso del cuello y amigdalectomie. *Semana med.*, 1 : 338-340, 6 févr. 1930.

Basavilbaso (Georges). — L'extirpation totale des amygdales dans quelques-uns de leurs processus aigus. *Rev. de laryngol., otol., et de rhinol.*, 30 nov. 1929, n° 22, p. 625.

Bobay-Ricardo. — De l'importance du pôle supérieur de l'amygdale et de la fossette supratonsillaire comme cause des périamygdalites phlegmoneuses. Extirpation complète de la moitié supérieure de cet organe comme unique trait efficace. XIII[e] Congrès internat. de méd., Paris, 2-9 août 1900.

Bouchet (Maurice), Bourgeois (Robert). — Sur quelques suites fâcheuses de l'amygdalectomie à chaud. Soc. de laryngol. des hôp. de Paris, séance 9 juill. 1934, in *Ann. d'oto-laryngol.*, n° 12, déc. 1934.

Broca. — Angine phlegmoneuse. *Traité de chirurgie Duployer-Reclus*, t. V, p. 213.

Cambrelin. — A propos de l'amygdalectomie à chaud. XXXIXe Congrès de la Soc. belge d'oto-rhino-laryngol. de Gand, 8 et 9 juill. 1933, in *Bruxelles médical*, n° 42, août 1933.

Canuyt (G.), Horning (T.). — Les abcès de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie à chaud. *Paris médical*, 2 : 199-203, 5 sept. 1931.

Canuyt (G.) et Gery (Louis). — Les phlegmons de la loge amygdalienne et l'amygdalectomie totale. Etude anatomo-pathologique des pièces opératoires. *Ann. d'oto-laryngol.*, juill. 1932, n° 7.

Canuyt (G.). — Amygdalectomie totale « à tiède » après ouverture large des phlegmons de la loge amygdalienne. *Ann. d'oto-laryngol.*, n° 2, févr. 1934.

Chassaignac. — Traité de la suppuration et du drainage. Paris, 1859.

Cloward (R. E.). — Tonsillectomy during acute tonsillitis. Mil-Surgeon, 57 : 378-381, oct. 1925.

Duerto. — Indications de l'amygdalectomie. *Rev. Espan. y Amer. de Laryngol.*, 1932.

— Sur les effets de l'amygdalectomie dans le rhumatisme articulaire aigu. *Ann. d'oto-rhino-laryngol.*, n° 5, mars 1933.

Erdelyl. — Sur le traitement opératoire de la péritonsillite. *Monats. für Oprenheilk.*, 1930.

Escat. — Technique oto-rhino-laryngologique. Paris, 1920.

Gerling. — Complications pulmonaires après amygdalectomie. *Oto-Laryngol.*, vol. XVIII, fasc. 4.

Guillemin-Canuyt. — Phlegmons périamygdaliens traités par amygdalectomie à chaud. *Lyon médical*, 151, 609-611, 14 mai 1933.

Halphen (E.). — A propos de l'amygdalectomie à chaud dans le traitement des abcès périamygdaliens collectés. Soc. de laryngol. des hôp. de Paris, séance 16 janv. 1933, in *Ann. d'oto-rhino-laryngol.*, n° 4, avril 1933.

Helare (J.) et Toleduale (L.). — L'amygdale au cours des maladies internes. Die Tonsillektomie ba immeren Kran Kheiten. *Zeits. für Laryngol., Leipzig*, 1932, t. XXIII, fasc. 1-2, p. 135 et 146.

Heller. — Abcès péritonsillaire et son traitement. *The Laryngologie*, mars 1921, p. 236.

Hollinger. — Ablation des amygdales en présence des abcès péritonsillaires. *Ann. of Otol.*, mars 1929, p. 195.

Heiberg (S.). — Résultats de l'amygdalectomie. *Acta oto-laryngol.*, vol. XIX, fasc. 2.

Hybasek. — Pathogénie de la septicémie postangineuse. *Polski Przeglad, oto-rhino-laryngol.*, vol. X, fasc. 1, 1933-1934.

— Contribution à la pathogénie et la thérapie de la septicémie après l'angine. *Ann. d'oto-rhino-laryngol.*, juill. 1934, n° 7.

Harkavy. — Pathogénie des abcès pulmonaires par aspiration. Leurs relations possibles avec les abcès du poumon consécutifs à l'amygdalectomie. *Arch. de l'Office internat. de méd.*, t. XLIII, n° 6, juin 1929.

Klotz (O.). — Les indications des interventions sur les amygdales palatines au cours de leurs inflammations. *Presse médicale*, 41 : 884, 31 mai 1931.

— Contribution au traitement de la septicémie à la suite d'angine. *Ann. d'oto-laryngol.*, oct. 1934, n° 10.

Laurens (G.). — Chirurgie oto-rhino-laryngologique. Edition.

Leroux (Louis-H.). — Le traitement des abcès périamygdaliens par l'amygdalectomie à chaud. *La Presse médicale*, n° 105, 29 et 31 déc. 1932.

Mathe (K.). — Sur l'énucléation des amygdales au cours d'inflammation aiguë. *Arch. für Ohren.-Nasen und Kelkopfl.*, t. 12, août 1931; *Revue de laryngol.-oto-rhinol.*, n° 1, janv. 1933.

Mathe (Karl), Koenigsberg et Hambourg. — Sur l'énucléation des amygdales au cours d'inflammation aiguë. *Archiv. für Ohren-nasen und Kelhkopfl.*, t. 128, 1931.

Millet. — Traitement chirurgical des phlegmons périamygdaliens antéro-supérieurs. *Ann. des mal. des oreilles*, juill. 1929.

Portmann (Georges). — L'amygdalectomie totale, par G. Portmann et Jean Lapouge. Paris, Presses Universitaires [s. q. d.], in-8°. *Monographies oto-rhino-laryngologiques*, n° 20.

— Traité de technique opératoire oto-rhino-laryngologique, publié avec la collaboration de H. Retrouvey, J. Despons, P. Leduc, G. Martinaud. Paris, Masson, 1932, in-8°.

Peroz. — *Presse médicale*, n° 89, 6 nov. 1935.

Rojas (F. A.). — La amygdalectomia total en los procesos agudos de las misma. *Rev. de especial.*, 4 : 1583-1589, nov. 1929.

Taptas. — L'amygdalectomie dans les phlegmons péritonsillaires. *Oto-rhinol.*, avril 1930.

— Tonsillectomie par arrachement, méthode de Taptas, tonsillectomie pendant les angines aiguës et les abcès péritonsillaires. *Presse médicale*, n° 97, 3 déc. 1932, XI[e] Congrès internat. d'oto-rhino-laryngol., Madrid, 27-30 sept.

— Quelques nouveaux cas de pyohémie postangineuse. *Ann. d'oto-laryngol.*, juill. 1934, n° 7.

Terracol. — Le siège anatomique des phlegmons périamygdaliens antéro-supérieurs. *Annn. d'oto-rhino-laryngol.*, 1929, p. 17.

Theisen. — Traitement radical de l'abcès périamygdalien. *Ann. of oto-laryngol.*, juin 1928, vol. 27, p. 600.

Veach (C. L.). — Bilateral peritonsillar abscess with removal of tonsils during attack. *I. S. Vet. Bur. M. Bull.*, 5 : 621, août 1929.

Viela. — La capsule amygdalienne. *Ann. des mal. des oreilles*, juin 1926.

Wgankowski. — L'amygdalectomie et ses complications. *Polski Przeglad, Oto-Laryngol.*, vol. X, fasc. 1, 1933-1934.

Winheler. — Amygdalectomie et abcès péritonsillaire. *Ann. des mal. des oreilles*, 1911, p. 897.

Worms et Le Mée. — Les foyers amygdaliens, sources d'infections secondaires. Congrès de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol., 1930, t. XLI.

Zambrini-Podesta (A. R.). — La amigdalectomia immediata, matodo de claccion en el tratamiento de los abscesos paratounsilares. *Rev. de l'Assoc. méd. de l'Argentine*, 47 : 1939-1945, janv. 1933.

Zoliner (F.). — Tonsillectomy during acute inflammations. *Munch. Med. Wochenschr.*, 80 : 664-635; 27 avril 1934.

— L'amygdalectomie immédiate, méthode de choix dans le traitement des abcès péritonsillaires. *La Semaine médicale*, n° 5, 19 janv. 1933.

20.035. — Bordeaux, Imprimerie Centrale Delmas, 6, place Saint-Christoly. —1937.